

Estera Twardowska-Staszek

## Zachowania ryzykowne młodzieży. Swoistość etiologii w sytuacji upośledzenia umysłowego

### Upośledzenie umysłowe a proces dorastania

Dzieciństwo i adolescencja nie od razu były przedmiotem zainteresowania nauki. Osobowe traktowanie dziecka oraz próba zrozumienia świata jego wewnętrznych przeżyć mają swe źródło w teorii psychoanalitycznej. Twórca psychoanalizy, Zygmunnt Freud, jako pierwszy odkrył wpływ wczesnych doświadczeń na dalsze życie człowieka. Adolescencja została natomiast rozpoznana i zwróciła uwagę naukowców dopiero po II wojnie światowej. Wcześniej problematyka dotycząca przeżyć nastolatków w literaturze naukowej była niezmiernie rzadka<sup>1</sup>. Działo się tak z kilku powodów. Po pierwsze, czas dojrzewania był traktowany jako okres przejściowy, kończący etap dzieciństwa, a zaczynający dorosłość, po drugie, oczekiwano, że wynikające z dojrzewania problemy sfery psychicznej, behawioralnej i społecznej ustąpią wraz z osiągnięciem dorosłości<sup>2</sup>. Okazało się jednak, że liczba zachowań niosących zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego wśród dorastającej młodzieży wciąż rosła i w wielu przypadkach przybierała charakter trwałych zachowań aspołecznych. W związku z tym ów okres wzbudził zainteresowanie wielu badaczy.

Obecnie problematyka dorastania stanowi jeden z głównych obszarów badań nauk psychologicznych, pedagogicznych, socjologicznych, a także medycznych.

Adolescencja (łac. *adolescere* – dorastać) odnosi się do dynamicznych zmian biologicznych i psychicznych zachodzących w drugiej dekadzie życia człowieka. Początek wyznaczają zmiany w rozwoju biologicznym, natomiast koniec przypada na moment, gdy jednostka podejmuje obowiązki osoby dorosłej i zaczyna żyć niezależnie od swojej rodziny generacyjnej.

---

<sup>1</sup> M. Orwid, *Rozwój i specyfika psychiatrii dzieci i młodzieży* [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), PZWL, Warszawa 2004, s. 22–28.

<sup>2</sup> A.E. Kazdin, *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*, „Nowiny Psychologiczne” 1996, nr 2, s. 39–74.

Adolescencja, nazywana przez Annę Freud łagodną psychozą<sup>3</sup>, jest dla człowieka niezwykle trudnym okresem rozwoju. W tym czasie następuje reorganizacja psychiczna, której celem jest adaptacja jednostki do zmian biologicznych oraz do zmieniających się wymagań społeczno-kulturowych.

Wielu autorów<sup>4</sup> dzieli okres adolescencji na różne stadia rozwojowe. Najpełniejszy wydaje się podział zaproponowany przez Petera Blosa<sup>5</sup>:

- preadolescencja (między 11. a 13. rokiem życia),
- wczesna adolescencja (między 13. a 17. rokiem życia),
- środkowa adolescencja (między 17. a 19. rokiem życia),
- późna adolescencja (między 19. a 22. rokiem życia),
- okres poadolescencyjny (powyżej 22. roku życia).

Adolescencję rozpoczyna dojrzewanie fizyczne i wiążące się z nim zmiany w budowie i funkcjach ciała. Zwiększone wydzielanie hormonów, pojawienie się drugorzędnych cech płciowych, zmiany w wyglądzie wpływają nie tylko na obraz własnej osoby, ale przede wszystkim na związane z nimi emocje. Mogą wywoływać dumę, radość, ale także zachowania infantylnie będące oznaką braku akceptacji utraty dzieciństwa, najczęściej jednak dominują uczucia ambiwalentne<sup>6</sup>. Przeobrażenia biologiczne powodują wzrost intensywności impulsów popędowych – zarówno seksualnych, jak i agresywnych – labilność emocjonalną, a także nasilenie poziomu lęku<sup>7</sup>. Co więcej, jest to niezwykle ważny i zarazem trudny okres ze względu na osiąganie dojrzałości płciowej, kształtowanie się tożsamości seksualnej oraz na konfrontację popędów seksualnych z wymogami środowiska zewnętrznego. Popęd seksualny często jest zaspokajany przez praktyki autoerotyczne, co może wzbudzać poczucie winy, zwłaszcza w sytuacji nieakceptowania tych praktyk przez dorosłych<sup>8</sup>. Wzrost napięcia seksualnego prowadzi również do podejmowania pierwszych inicjacji seksualnych, co ma niekiedy bardzo poważne konsekwencje dla kruchej psychiki młodego człowieka oraz dla jego dalszego życia.

Dorastanie wiąże się z procesem oddzielania od rodziców. Według Blosa<sup>9</sup> adolescencja to powtórny proces separacji-indywiduacji. W tym czasie wyraźnie zmienia się stosunek dziecka do rodziców. Młody człowiek krytykuje ich, podważa ich autorytet, znajduje się z nimi w ciągłej walce. Rodzi to wewnętrzne konflik-

<sup>3</sup> I. Namysłowska, *Adolescencja – wiek dorastania* [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), PZWL, Warszawa 2004, s. 231–246.

<sup>4</sup> Mam na uwadze podział okresu adolescencji zaproponowany przez Varenhorsta, Hatheraa, Blosa. Por. Z.B. Gaś, *Pomoc psychologiczna młodzieży*, WSiP, Warszawa 1995, s. 11–13.

<sup>5</sup> Za: K. Schier, *Rola symbolu w terapii psychoanalitycznej pacjentów w okresie dorastania*, „Nowiny Psychologiczne” 1993, nr 3, s. 103–108.

<sup>6</sup> I. Obuchowska, *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, WSiP, Warszawa 1996.

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> I. Namysłowska, op. cit., s. 236.

<sup>9</sup> P. Blos, *The Second Individuation Process of Adolescence*, „Psychoanalytic Study of the Child” 1967, nr 22, s. 162–186.

ty, poczucie samotności, izolację. Aby poradzić sobie z tymi uczuciami, adolescent kieruje się w stronę grup rówieśniczych, w których nawiązuje bliskie relacje (często miłosne), identyfikuje się z wartościami „świata młodych”, znajduje zrozumienie. Jest to zarazem okres najczęstszego eksperymentowania, między innymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Rodzice często nie radzą sobie z rosnącą niezależnością dorastających dzieci, z przejawianym przez nie buntem, w wyniku czego uruchamiają różnorodne zachowania, na przykład nadopiekuńczość lub nadmiar kontroli, co wywołuje liczne konflikty.

Dopiero w końcowej fazie adolescencji następuje względna stabilność w sferze biologicznej i psychicznej. Ustala się pewna równowaga między światem wewnętrznym a zewnętrznym, następuje konsolidacja ról społecznych i wybór stylu życia<sup>10</sup>.

Kontynuując rozważania dotyczące adolescencji, należy zwrócić uwagę na listę zadań rozwojowych, które młody człowiek musi w tym czasie zrealizować. Można je w skrócie przedstawić za Robertem Havighurstem<sup>11</sup>:

- 1) osiągnięcie nowych, bardziej dojrzałych więzi z rówieśnikami obojga płci;
- 2) ukształtowanie roli męskiej i kobiecej;
- 3) akceptacja swojego wyglądu i ochrona organizmu;
- 4) osiąganie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób dorosłych;
- 5) przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie;
- 6) przygotowanie do kariery zawodowej i niezależności ekonomicznej;
- 7) rozwijanie ideologii (sieci wartości) i systemu etycznego kierującego zachowaniem;
- 8) dążenie do postępowania akceptowanego społecznie i rozwijanie go.

Osiągnięcie tych celów stawia przed młodym człowiekiem wysokie wymagania. D. Burgin<sup>12</sup> wskazuje na kilka podstawowych:

- wytworzenie nowych wzorców działania i przeżywania w związku z uzyskaniem pełnych zdolności rozrodczych;
- wykształcenie dojrzałych mechanizmów kontrolujących agresję w związku z rozwojem somatycznym i uzyskaniem siły fizycznej dorosłego człowieka; umożliwi to konstruktywne funkcjonowanie społeczne;
- rozwinięcie procesów regulacyjnych w związku z dużą presją popędów i intensywnym przeżywaniem rzeczywistości; umożliwi to sprawną samokontrolę;
- doświadczenie żalu po utraconym dzieciństwie i związanych z nim przeżyć i działań;
- uświadomienie sobie odpowiedzialności za własne uczucia, myśli i działania w związku z oddzieleniem się od rodziców i uzyskaniem niezależności;
- zdobycie nowej identyfikacji (zarówno wewnętrznej, interpersonalnej, jak i społecznej) w związku z dokonującymi się zmianami w zakresie obrazu siebie i systemu wartości oraz przystosowania społecznego.

<sup>10</sup> Z.B. Gaś, *Pomoc psychologiczna...*, s. 13.

<sup>11</sup> Za: F. Wojciechowski, *Niepełnosprawność – rodzina – dorastanie*, Żak, Warszawa 2007, s. 116.

<sup>12</sup> Z.B. Gaś, *Pomoc psychologiczna...*, s. 15.

Nie sposób w tym miejscu omówić wszystkich specyficznych zmian w rozwoju fizycznym i psychicznym młodzieży, warto jednak pokrótce przedstawić problem kryzysu tożsamości. Pojęcie tożsamości jako głównego problemu okresu dorastania wprowadził do psychologii Erik Erikson<sup>13</sup>. Według autora w okresie adolescencji następuje kryzys tożsamości. Termin „kryzys” występuje tu w znaczeniu pozytywnym, jego przezwyciężenie pomaga bowiem jednostce osiągnąć wyższy poziom rozwoju. Aby przezwyciężyć ów kryzys, młody człowiek musi zintegrować dotychczasową wiedzę o sobie i scalać swoją przeszłość z teraźniejszością i koncepcją przyszłości. Potrzeba określenia swojej tożsamości wynika z realizacji zadania rozwojowego tego okresu, jakim jest określenie swojego miejsca w społeczeństwie. Wiąże się to z udzieleniem odpowiedzi na pytanie: „kim jestem?”, „kim mogę być w przyszłości?”, czyli z samopoznaniem i samookreśleniem<sup>14</sup>.

W niekorzystnym środowisku, gdy występuje deficyt zewnętrznej stabilności zarówno w rodzinie, jak i w społeczeństwie, gdy brak jest wyraźnych wzorców identyfikacyjnych – struktura tożsamości adolescenta nie może się scalać, co prowadzi do pomieszania ról. Zdarza się także, że u młodych ludzi wytwarza się opozycja w stosunku do przypisanych im ról, prowadząca do poczucia depersonalizacji i alienacji, przeżywanych jako dezorganizacja i wewnętrzna pustka (jest to tak zwana tożsamość negatywna) lub przejmują gotowe wzory tożsamości ukształtowane przez grupę rówieśniczą (jest to tak zwana tożsamość syntetyczna).

Dorastanie jest trudnym okresem dla młodego człowieka, szczególnie w sytuacji upośledzenia umysłowego.

Osoby upośledzone umysłowo, jak wynika z definicji, oprócz istotnie niższego niż przeciętne funkcjonowania intelektualnego, charakteryzują się także współwystępowaniem deficytów lub upośledzeniem zdolności przystosowania (między innymi porozumiewania się, zaradności osobistej, umiejętności interpersonalnych, stanowienia o sobie, korzystania ze źródeł wsparcia społecznego)<sup>15</sup>. Osoby upośledzone umysłowo mają więc deficyty w tych sferach swojego życia, które w okresie adolescencji są bardzo znaczące, co niewątpliwie utrudnia właściwy przebieg dorastania.

Młodzież niepełnosprawna intelektualnie w stopniu lekkim nie różni się zazwyczaj osiąganiem dojrzałości fizycznej oraz wyglądem zewnętrznym od swoich pełnosprawnych rówieśników, często występują u niej jednak zaburzenia motoryki i koordynacji zmysłowo-ruchowej (hiperaktywność i dyspraksja – niezdarność)<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Za: I. Obuchowska, *Adolescencja* [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), PWN, Warszawa 2006, s. 184.

<sup>14</sup> M. Czerwińska-Jasiewicz, *Rozwój psychiczny młodzieży a jej koncepcje dotyczące własnego życia*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2005, s. 40.

<sup>15</sup> J. Wyczasany, *Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia*, Impuls, Kraków 2002, s. 18–23.

<sup>16</sup> D. Smykowska, *Współpraca szkoły z rodziną w zaspokajaniu potrzeb rozwojowych dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym – działania stosowane i postulowane*, Impuls, Kraków 2008, s. 39–65.

Znacząca różnica występuje natomiast przede wszystkim w sferze poznawczej: osoby upośledzone umysłowo cechują: obniżenie zdolności rozumowania i myślenia abstrakcyjnego oraz częste wady wymowy, w wyniku czego nie potrafią one umiejętnie komunikować swoich potrzeb ani ich zaspokajać, co pociąga za sobą napięcia psychiczne, niepewność, frustracje.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że negatywne doświadczenia społeczne, brak sukcesów, ograniczone możliwości zaspokajania potrzeb pogłębiają poczucie niższości. Niskie poczucie własnej wartości łączy się z silną potrzebą akceptacji, co często budzi lęk przed odrzuceniem społecznym<sup>17</sup>. W połączeniu z brakiem umiejętności interpersonalnych zasadniczo ogranicza on zaspokajanie potrzeby bycia w grupie, tak ważnej w tym wieku.

Osoby upośledzone umysłowo mają wyższy poziom lęku niż ich pełnosprawni rówieśnicy<sup>18</sup>. Lęk, nazwany przez Antoniego Kępińskiego dezintegracyjnym<sup>19</sup>, ma swoje źródło w małym zasobie wiedzy o otaczającym świecie oraz w niemożności zrozumienia złożonych sytuacji społecznych, co stwarza wrażenie, że świat jest trudny, niejasny, dwuznaczny. Poczucie niepokoju występuje przede wszystkim wobec nowych zadań (na przykład rozpoczęcie szkoły, pracy zawodowej), jakie towarzyszą człowiekowi w okresie adolescencji<sup>20</sup>.

Upośledzenie umysłowe rzadko występuje u danej jednostki jako zjawisko wyizolowane, niepociągające za sobą, jako skutku, odchyień w innych jeszcze dziedzinach.

Według Ryszarda Kościelaka ponad połowa badanych dzieci upośledzonych przeżywa osamotnienie w relacjach z osobami znaczącymi, to jest z rodzicami, a także z rodzeństwem, co więcej, osoby te „czują się w dużym stopniu odrzucone uczuciowo przez członków rodziny”<sup>21</sup>. Niekiedy osoba upośledzona umysłowo jest postrzegana przez rodzinę jako obraz braków i ułomności człowieka, jako przyczyna obciążeń i trudności rodzinnych. Rodzi to wrogi stosunek do niej zarówno ze strony rodziców, jak i rodzeństwa<sup>22</sup>.

---

<sup>17</sup> A. Mikrut, S. Olszewski, *Zachowania agresywne a lęk u osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim* [w:] *Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*, B. Urban (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 121–130.

<sup>18</sup> R. Kościelak, *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, WSiP, Warszawa 1996, s. 216.

<sup>19</sup> A. Kępiński, *Lęk*, PZWL, Warszawa 1987, s. 187.

<sup>20</sup> Por. D. Culliman, M.H. Epstein, *Adjustment problems of mildly handicapped students*, „Remedial and Social Education” 1985, nr 6(2), s. 5–11, za: T. Witkowski, *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*, Małe Dzieło Boskiej Opatrzności, Warszawa 1993, s. 26.

<sup>21</sup> R. Kościelak, *Funkcjonowanie psychospołeczne...*, s. 64.

<sup>22</sup> T. Gałkowski, *Dzieci specjalnej troski*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.

## Zachowania problemowe – ryzykowne w świetle wybranych teorii

Dojrzewanie wiąże się z licznymi problemami natury emocjonalnej i behawioralnej, co sprawia, że właśnie w okresie dorastania młodzież sprawia wiele trudności wychowawczych i niejednokrotnie angażuje się w zachowania ryzykowne dla swojego zdrowia, a nawet życia.

W tym miejscu warto ustalić, co oznacza termin „ryzykowny” oraz „zachowania ryzykowne”.

Termin „ryzykowny” (z ang. *at-risk* – ryzykowny/zagrożony) wielokrotnie pojawia się w literaturze różnych dyscyplin naukowych. Sposób, w jaki jest używany, wskazuje na brak jednomyślności co do jego znaczenia. Psychologowie, pracownicy socjalni i terapeuci używają go w odniesieniu do jednostek mających problemy emocjonalne i przystosowawcze. Wychowawcy do określenia uczniów, którzy nie rokują szans na ukończenie edukacji. Pracownicy służby zdrowia określają tym terminem ludzi mających problemy zdrowotne<sup>23</sup>.

W niniejszym artykule termin „ryzykowny” odnosi się do zespołu mechanizmów przyczynowo-skutkowych, które z dużym prawdopodobieństwem narażają dzieci i młodzież na negatywne konsekwencje w przyszłości. Konkretnie zachowanie, postawa czy też deficyt umiejętności społecznych są tu traktowane jako wstępny marker późniejszych kłopotów z zachowaniem. I tak, na przykład zachowania agresywne, wagary, drobne kradzieże są markerami pozwalającymi przewidzieć zachowania aspołeczne w przyszłości<sup>24</sup>. Termin „zachowania ryzykowne” określa działania jednostki „niosące ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i dla jej otoczenia społecznego”<sup>25</sup>. Takie szerokie ujęcie problematyki zachowań ryzykownych zbliża ją do koncepcji zachowań antyzdrowotnych, co stwarza w przyszłości możliwość integracji profilaktyki zachowań problemowych młodzieży z nurtem promocji zdrowia<sup>26</sup>.

Do typowych zachowań problemowych młodzieży zalicza się: używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesne życie seksualne, przemoc, kłamstwa, wagary, ucieczki z domu, przestępstwa, udział w grupach przestępczych. Wiek młodzieńczy przynosi też ryzyko jeszcze innych problemów, na przykład depresji młodzieńczej, prób samobójczych czy zaburzeń odżywiania.

<sup>23</sup> J.J. McWhirter et al., *Zagrożona młodzież: ujęcie kompleksowe dla nauczycieli, pracowników poradni, psychologów, pracowników socjalnych*, tłum. H. Grzegółowska-Klarkowska, A. Basaj, PARPA, Warszawa 2005, s. 38.

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, CMPPP, Warszawa 2002, s. 11.

<sup>26</sup> K. Ostaszewski, *Podstawy profilaktyki zachowań problemowych młodzieży [w:] Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, M. Deptuła (red.), Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005.

Opisując zachowania problemowe, trzeba podkreślić kilka kwestii. Po pierwsze, każde zachowanie, w tym ryzykowne, podlega wpływom różnych czynników zewnętrznych. Po drugie, zachowania ryzykowne mają tendencję do współwystępowania. Oznacza to, że pojawienie się u młodego człowieka jednej formy niepożądanego zachowania zwiększa ryzyko wystąpienia następnych. Po trzecie, skala podejmowanych przez młodzież zachowań może być zróżnicowana, co pozwala na wyodrębnienie stopni ryzyka. Na przykład J. Dryfoos<sup>27</sup>, biorąc za kryterium liczbę i wagę zachowań ryzykownych, wyróżnił trzy grupy: 1) grupę bardzo wysokiego ryzyka (liczne i poważne zachowania problemowe), 2) grupę wysokiego ryzyka (2–3 typy zachowań problemowych), 3) grupę umiarkowanego ryzyka (pojedyncze zachowania). Autor szacuje, że około 50% młodzieży można zaliczyć do grupy podwyższonego ryzyka, przy czym 10% to młodzież należąca do pierwszej z wyróżnionych grup, 15% do drugiej, natomiast 25% stanowią osoby przejawiające pojedyncze zachowania problemowe.

Wielu badaczy starało się dotrzeć do przyczyn zachowań ryzykownych. A. Norm-Hebeisen i D. Hendin<sup>28</sup> stwierdziły na przykład, że przyczyny podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych określają trzy zmienne: 1) stres, który utrudnia bądź uniemożliwia osiągnięcie celów rozwojowych, 2) braki w zakresie umiejętności konstruktywnego rozwiązywania problemów, komunikacji interpersonalnej, adekwatnej samooceny oraz rozumienia i interpretowania doświadczeń życiowych oraz 3) silna presja rówieśników. Inne stanowisko przyjmują J.D. Hawkins i J. Wies, autorzy modelu rozwoju społecznego, którzy uważają, że zachowania problemowe młodzieży są konsekwencją nieprawidłowej stymulacji rozwoju społecznego i niedostatecznego zaangażowania opiekunów (rodziców i nauczycieli) we wczesnych fazach rozwojowych. Natomiast model rozwoju zachowań antyspołecznych Geralda Pattersona i współautorów wiąże zachowania problemowe młodzieży z nieprawidłowymi relacjami w rodzinie oraz z udziałem w destrukcyjnych grupach rówieśniczych<sup>29</sup>.

Na istotę zachowań ryzykownych bardziej kompleksowo patrzą Richard Jessor i Shirlej Jessor, autorzy teorii zachowań problemowych. Jest to ujęcie, które łączy w sobie elementy zaczerpnięte z socjologicznych teorii kontroli, koncepcji rozwojowych, psychologii osobowości, koncepcji poznawczych i behawioralnych. Według autorów

zachowania problemowe są to zachowania, które odstają od norm społecznych i prawnych szerszej społeczności i wobec tego wywołują reakcję społecznej kontroli przejawiającej się w okazywaniu dezaprobaty, karaniu lub nawet umieszczaniu w zakładach poprawczych lub więzieniach.

<sup>27</sup> Za: A. Kazdin, op. cit., s. 46.

<sup>28</sup> Za: Z.B. Gaś, *Pomoc psychologiczna...*, s. 16.

<sup>29</sup> Za: K. Ostaszewski, *Postawy profilaktyki...*

Wśród typowych zachowań problemowych młodzieży autorzy wymieniają: używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesną aktywność seksualną, zachowania agresywne, drobne przestępstwa, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, ucieczki z domu i tym podobne. Biegunem przeciwnym do zachowań problemowych młodzieży są zachowania konwencjonalne – tak zwane instrumenty prawidłowej socjalizacji – mające na celu podtrzymywanie w społeczeństwie tradycyjnych norm i wartości, do których należą: dobre wywiązywanie się z obowiązków szkolnych, udział w praktykach religijnych, a także zachowania prospołeczne, takie jak działalność harcerska, ekologiczna, charytatywna. Według Jessora im wyższy poziom zachowań problemowych, tym niższy wskaźnik zachowań konwencjonalnych, skąd wniosek, że zachowania problemowe osłabiają udział zachowań konwencjonalnych w rozwoju adolescentów, utrudniając w ten sposób ich socjalizację. Wraz ze wzrostem poziomu wiedzy o konsekwencjach zdrowotnych zachowań problemowych, Jessor rozszerzył swoją koncepcję, mówiąc o zachowaniach ryzykownych dla zdrowia i rozwoju. Do zachowań ryzykownych, oprócz wymienionych wcześniej zachowań problemowych, zaliczył także: zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, nieprawidłowe wywiązywanie się z ról społecznych oraz zaniedbania zdrowotne<sup>30</sup>.

Zachowania ryzykowne mogą być dla młodzieży sposobem zaspokajania potrzeb i realizowania zadań rozwojowych. Dają na przykład młodemu człowiekowi złudzenie niezależności, co zaspokaja potrzebę autonomii. „Bunt” przeciwko konwencjonalnym normom i wartościom ludzi dorosłych często sprzyja też tworzeniu się u młodego człowieka własnej tożsamości. Wagary lub używanie substancji psychoaktywnych mogą zaś być rozpatrywane jako unikanie – jeden ze sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami szkolnymi.

Postrzeganie obszaru zachowań nastolatków jako aktywności zmierzających do osiągnięcia celu w sytuacji braku umiejętności, deficytów, ogólnego zagubienia i chaosu pozwala lepiej zrozumieć potrzeby i poznać niedojrzałe metody ich zaspokajania. Umożliwia tym samym poszukiwanie skutecznych sposobów pomocy w rozwijaniu efektywnych, akceptowanych społecznie dróg zaspokajania potrzeb, charakterystycznych dla zdrowego funkcjonowania człowieka. Ujmowanie zachowań problemowych jako drogi do osiągnięcia celu ma tę zaletę, że pozwala lepiej zrozumieć psychologiczną funkcję, jaką dane zachowanie pełni, a więc stwierdzić, czemu ono służy, do czego młody człowiek przez nie zmierza. Zgodnie z powyższymi założeniami to poznanie, ujrzenie celu zachowania młodzieży jest pierwszym krokiem do podjęcia skutecznej pomocy.

Teoria zachowań problemowych Jessorów upatruje uwarunkowań omawianych zachowań w pięciu obszarach: 1) uwarunkowania biologiczno-genetyczne, 2) cechy osobnicze, 3) bliskie otoczenie społeczne (rodzina), 4) szersze otoczenie (środowisko) społeczne oraz 5) zachowania. Interakcje pomiędzy wymienionymi czynnikami pozwalają określić tak zwaną podatność bio-psycho-społeczną i prze-

<sup>30</sup> Za: ibidem.



widzieć ryzyko oraz motywy podejmowania zachowań ryzykownych u młodych ludzi. W każdym z tych obszarów istnieją pewne czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące. Czynniki te można odnieść do kilku kategorii: a) zasoby indywidualne, b) zasoby wynikające z relacji z osobami z najbliższego otoczenia oraz c) zasoby środowiska lokalnego.

W grupie czynników chroniących wśród właściwości indywidualnych duże znaczenie w rozwoju przypisuje się zdolnościom poznawczym, a w szczególności wysokiemu poziomowi intelektualnemu, zdolnościom uczenia się, zdolnościom werbalnym i umiejętności planowania. Na funkcjonowanie społeczne wpływa także temperament, a konkretnie towarzyskość i zdolności adaptacyjne. Duże znaczenie przypisuje się zdolnościom radzenia sobie ze stresem i samokontroli impulsów; im większy zasób strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz lepsza samokontrola, tym łatwiej przejść przez trudy okresu dorastania. Dodatkowym atutem jest optymistyczny stosunek do życia, wysoka samoocena, wiara w swoje możliwości i wysokie poczucie skuteczności. Prawidłowy rozwój wzmacnia motywacja do nauki, związana z aspiracjami edukacyjnymi, oraz posiadanie planów i celów życiowych. Analizując cechy relacji nawiązywanych przez młodego człowieka, które wspomagają rozwój, należy stwierdzić, że zasadnicze znaczenie mają: kontakty z rodzicami, a dokładniej – silna więź łącząca członków rodziny, wsparcie ze strony rodziców, zasady panujące w domu, jasne oczekiwania w stosunku do dziecka, dobra komunikacja między domownikami oraz zaangażowanie rodziców w szkolne sprawy dziecka<sup>31</sup>. Jak już zasygnalizowano, w okresie adolescencji na pierwszy plan wysuwa się znaczenie grupy rówieśniczej. Młody człowiek identyfikuje się z określoną grupą, przejmując jej wartości, normy, zachowania. Jeśli grupa ta jest konstruktywna, to znaczy ma społecznie akceptowane zasady, wartości, przejawia aspiracje życiowe i zachowania prospołeczne, szansa na optymalne funkcjonowanie jednostki rośnie. Rozwój wspierają także kompetentni dorośli, którzy niejednokrotnie stają się autorytetami dla młodzieży i są wzorem do naśladowania (zazwyczaj dotyczy to trenerów sportowych, księży, nauczycieli). Wśród właściwości środowiska lokalnego wpierających prawidłowy proces dorastania wymienia się dobry klimat szkoły, wsparcie ze strony nauczycieli, zorganizowany czas wolny, udział w zajęciach pozalekcyjnych oraz brak społecznej akceptacji dla zachowań odbiegających od normy<sup>32</sup>.

W obrębie tych samych kategorii wyodrębnia się czynniki, które mogą zakłócać prawidłowy przebieg procesu dorastania. Ich występowanie zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń w zachowaniu. Wśród cech osobowościowych czynnikami ryzyka są na przykład: obniżony iloraz inteligencji, zwiększone zapotrzebowanie na stymulację, niska samoocena, słabe poczucie kontroli, wczesny wiek inicjacji

<sup>31</sup> K.A. Wojcieszek, *Na początku była rozpacz... Antropologiczne podstawy profilaktyki*, Rubikon, Kraków 2005, s. 41–77.

<sup>32</sup> K. Ostaszewski, *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Scholar, Warszawa 2003, s. 89–93.

nikotynowej i alkoholowej. W grupie uwarunkowań rodzinnych wymienia się alkoholizm lub inne uzależnienie rodziców, przyzwalające postawy rodziców wobec zachowań ryzykownych dzieci, wychowanie skrajnie restrykcyjne lub liberalne, nieprawidłową realizację zadań rodzicielskich, niespójne i niekonsekwentne postępowanie wychowawcze, wrogą atmosferę w rodzinie, negatywne wzorce starszego rodzeństwa. W obszarze szkoły rozwojowi nie sprzyjają niepowodzenia w nauce, negatywny stosunek do obowiązków szkolnych, co często przejawia się brakiem motywacji do nauki, negatywnym stosunkiem do nauczycieli, wagarami, a nawet porzucaniem szkoły. Grupa rówieśnicza, która przejawia zachowania dewiacyjne oraz aprobatę dla tego typu zachowań, stanowi czasem największe zagrożenie dla dorastającej jednostki, gdyż w tym okresie następuje silna identyfikacja z cechami i wartościami grupy, do której młody człowiek należy. Relacje z rówieśnikami prezentującymi zachowania dewiacyjne mogą więc prowadzić bezpośrednio do zażywania środków psychoaktywnych i przestępczości<sup>33</sup>. Ryzyko powstania zaburzeń w rozwoju zwiększają także złe warunki ekonomiczne, brak wsparcia ze strony środowiska lokalnego oraz wysoka dostępność substancji psychoaktywnych.

T. Moffit uważa, że zachowania ryzykowne ograniczają się do okresu adolescencji i mają charakter przejściowy. Zdaniem autorki jedynie około 5% młodzieży demonstruje trwałe zachowania aspołeczne, które zaburzają funkcjonowanie w jej dalszym życiu<sup>34</sup>.

## Upośledzenie umysłowe w etiologii zachowań ryzykownych

Wśród czynników zakłócających proces dorastania wymienia się upośledzenie umysłowe. Badania z zakresu genetyki zachowania wskazują na rolę badań genetycznych w wyjaśnianiu środowiskowych mechanizmów ryzyka. Jednym z ich skutków jest odkrycie prawidłowości, zgodnie z którą stresujące środowiska oddziałują przede wszystkim na jednostki o podwyższonym ryzyku genetycznym<sup>35</sup>. Na pojawienie się zachowań ryzykownych mogą też wpływać współwystępujące z upośledzeniem umysłowym organiczne uszkodzenia funkcji psychicznych, dysfunkcje gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz zaburzenia psychiczne. Zakłócenia sfery biologiczno-genetycznej często wiążą się z nieprawidłowym rozwojem kontroli popędów, z większą podatnością na uzależnienia, a także implikują braki w przystosowaniu społecznym<sup>36</sup>.

<sup>33</sup> A. Kazdin, op. cit., s. 39–74.

<sup>34</sup> K. Ostaszewski, *Podstawy profilaktyki...*

<sup>35</sup> R. Plomin et al., *Genetyka zachowania*, tłum. E. Czerniawska, K. Duniec, PWN, Warszawa 2001.

<sup>36</sup> Zob. H. Borzyszkowska, *Problem niedostosowania społecznego wśród dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim* [w:] *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*, H. Kawula,

Zdaniem Doroty Smykowskiej istotne znaczenie w etiologii zachowań ryzykownych, a w konsekwencji poważniejszych zachowań społecznych, ma sugestywność. Młodzież upośledzona umysłowo jest niezwykle podatna na wszelkie namowy rówieśników, jeśli tylko widzą w tym choćby chwilową korzyść. Korzyści mogą być różne, najistotniejsza wydaje się akceptacja grupy. Brak krytycyzmu, przejawiający się między innymi brakiem możliwości oceniania własnych działań oraz powierzchownym charakterem sądów, powoduje podejmowanie zachowań nieakceptowanych społecznie<sup>37</sup>.

Rozważając kwestię swoistości zachowań ryzykownych w sytuacji upośledzenia umysłowego, warto odnieść się do koncepcji J. Jeffiresa McWhirtera i współautorów<sup>38</sup>. Według nich młodzież podejmującą zachowania ryzykowne odróżnia od innych pięć podstawowych obszarów kompetencji: kompetencje szkolne, samoocena, komunikacja, radzenie sobie ze stresem oraz kontrola. Braki w co najmniej jednym wymiarze podwyższają ryzyko podejmowania zachowań ryzykownych. Jak się zatem odnosi ta koncepcja do sytuacji upośledzenia umysłowego?

Dla uczniów podejmujących zachowania ryzykowne najczęściej znamienne są słabe wyniki w nauce i niepowodzenia edukacyjne. Diagnozę lekkiego upośledzenia umysłowego większość dzieci otrzymuje w wieku szkolnym. Zanim jednak trafią do odpowiednich instytucji zajmujących się dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, doświadczają licznych emocji negatywnych związanych z niepowodzeniami szkolnymi, brakiem sukcesów dydaktycznych, odrzuceniem przez rówieśników, wymaganiami rodziców i nauczycieli, którym nie potrafią sprostać. Trudne doświadczenia związane z początkowym okresem edukacyjnym zwiększają prawdopodobieństwo zakłóceń w rozwoju. Trudności szkolne, które dotyczą nie tylko nauki, ale często także relacji społecznych, zapoczątkowują problem stygmatyzacji ze strony otoczenia. Wydaje się, że najbardziej dotkliwie przeżywają ten problem dorastający, dla których opinia innych, przede wszystkim rówieśników, jest najważniejsza dla budowania własnej tożsamości. Zdarza się, że jednym ze sposobów radzenia sobie z negatywnymi uczuciami jest wówczas agresja lub samoagresja<sup>39</sup>.

Młodzież upośledzona umysłowo w stopniu lekkim ma świadomość, że musi wkładać większy wysiłek niż jej pełnosprawni rówieśnicy, aby coś osiągnąć. Ograniczenie w każdej ze sfer funkcjonowania powoduje, że ma mniejsze możliwości wyboru szkoły, zawodu, a w przyszłości pracy. Prowadzi to do zmniejszenia motywacji do osiągnięć szkolnych, a nawet do porzucania szkoły oraz braku aspiracji zawodowych.

---

H. Machel (red.), Gdańsk–Toruń 1994; R. Kościelak, *Psychologia kliniczna upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1984.

<sup>37</sup> D. Smykowska, op. cit., s. 56.

<sup>38</sup> J.J. McWhirter et al., op. cit., s. 136–156.

<sup>39</sup> K. Pospiszył, *Właściwości agresywnego zachowania się u dzieci debilnych*, „Szkoła Specjalna” 1970, nr 2, s. 143–149.

Drugim obszarem, w którym braki są przyczyną zachowań ryzykownych, jest niska samoocena. Osoby upośledzone umysłowo w stopniu lekkim mają świadomość własnych ograniczeń, a poczucie inności wzrasta u nich przede wszystkim w okresie dorastania, stwarzając zagrożenie dla ich sfery osobowościowej<sup>40</sup>. Świadomość upośledzenia pociąga za sobą niekorzystny wpływ na kształtowanie się obrazu własnej osoby, a co za tym idzie, samooceny i samoakceptacji. Struktury te determinują funkcjonowanie jednostki. Mogą prowadzić do pobudzania pracy nad sobą, ale także do hamowania aktywności jednostki<sup>41</sup>.

Stosunek do Ja i poczucie własnej wartości kształtują się u człowieka w relacjach z innymi, we wczesnym okresie życia przede wszystkim z osobami znaczącymi (rodzicami), w późniejszym z rówieśnikami. Za Donaldem Woodsem Winnicotem można powiedzieć, że tym, co widzi niemowlę, kiedy zwraca swój wzrok na twarz matki, jest ono samo: jeśli na twarzy matki widać negatywne uczucia, u dziecka rozwija się negatywna reprezentacja Ja<sup>42</sup>. Jak wiadomo, reakcje emocjonalne rodziców na wiadomość o nieprawidłowościach w rozwoju ich dzieci mogą być bardzo złożone: od uczucia lęku poprzez rozpacz, smutek, apatię, depresję, wrogość aż do miłości. Można więc stwierdzić, że kształtowanie się pozytywnego stosunku do siebie u dzieci upośledzonych umysłowo może natrafiać na poważne przeszkody i zakłócać rozwój reprezentacji Ja już w pierwszych latach życia.

Warto w tym miejscu przytoczyć badania M. Dybowskiej dotyczące reprezentacji Ja u osób upośledzonych umysłowo. Procedura badania polegała na rozpoznawaniu siebie na zdjęciach. Zadanie to wymaga z jednej strony uruchomienia procesów poznawczych, z drugiej – procesów emocjonalnych związanych ze stosunkiem do siebie. Rezultaty badań wskazują na występowanie problemów emocjonalnych u badanych dzieci, negatywny stosunek do Ja i niską samoocenę<sup>43</sup>. Jak wiadomo, zachowania ryzykowne często są sposobem na podwyższanie samooceny, szczególnie gdy wywołują aprobatę rówieśników.

Dużą rolę w adaptacji psychospołecznej odgrywają umiejętności interpersonalne. Niestety osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają znacznie niższe kompetencje interpersonalne niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Badania nad związkiem umiejętności interpersonalnych z szeregiem różnych wymiarów przystosowania wykazały, że istnieje silna korelacja między natężeniem zachowań problemowych a deficytami umiejętności społecznych. Co więcej, zdolność nawiązania i podtrzymywania pozytywnych kontaktów z innymi sprzyja powodzeniu w dwóch najważniejszych sferach dorosłego życia: pracy zawodowej i małżeństwie<sup>44</sup>.

<sup>40</sup> Zob. T. Witkowski, op. cit., s. 33.

<sup>41</sup> S. Olszewski, *Postrzeganie przestrzeni życiowej przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście zachowań agresywnych*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2005, s. 40.

<sup>42</sup> Za: M. Kościelska, *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 1995, s. 134.

<sup>43</sup> Za: ibidem.

<sup>44</sup> J.J. McWhirter et al., op. cit., s. 136–156.

Zdolność skutecznego radzenia sobie ze stresem to następna umiejętność, którą osoby podejmujące zachowania ryzykowne opanowały w niewielkim stopniu.

Nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem (na przykład zachowania typu *acting-out*) często prowadzą do reakcji agresywnych i destrukcyjnych.

Kolejną sferą kompetencji związaną z podejmowaniem zachowań ryzykownych jest kontrola. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają trudności w odkładaniu gratyfikacji, dążą do natychmiastowej realizacji pragnień, co często wywołuje dezaprobatę społeczną. Fakt ten można wyjaśnić przewagą procesów pobudzenia nad hamowaniem oraz mniejszym wpływem intelektu na sferę uczuciową, co potwierdza teoria psychoanalityczna<sup>45</sup>.

Dorastanie określa się wiekiem ryzyka, niepełnosprawność intelektualna dodatkowo to ryzyko podwyższa.

Występowanie zachowań problemowych wśród młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną często było i jest traktowane jako przejaw, konsekwencja samego upośledzenia umysłowego. Przy dzisiejszym stanie wiedzy wiadomo już jednak, że żadne zachowanie nie jest wyizolowane od wpływu czynników biologicznych, psychicznych i społecznych.

## BIBLIOGRAFIA

- Blos P., *The Second Individuation Process of Adolescence*, „Psychoanalytic Study of the Child” 1967, nr 22.
- Borzyszkowska H., *Problem niedostosowania społecznego wśród dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim* [w:] *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*, S. Kawula, H. Machel (red.), Wydawnictwo Adam Marszałek, Gdańsk–Toruń 1994.
- Czerwińska-Jasiewicz M., *Rozwój psychiczny młodzieży a jej koncepcje dotyczące własnego życia*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2005.
- Gałkowski T., *Dzieci specjalnej troski*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
- Gaś Z.B., *Pomoc psychologiczna młodzieży*, WSiP, Warszawa 1995.
- Gaś Z.B., *Profilaktyka w szkole* [w:] *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, B. Kamińska-Buśko (red.), CMPPP, Warszawa 1997.
- Gaś Z.B., *Profilaktyka w szkole*, WSiP, Warszawa 2006.
- Kazdin A.E., *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*, „Nowiny Psychologiczne” 1996, nr 2.
- Kępiński A., *Lęk*, PZWL, Warszawa 1987.
- Kościelak R., *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, WSiP, Warszawa 1996.
- Kościelak R., *Psychologia kliniczna upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1984.
- Kościelska M., *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 1995.
- Kowalik S., *Rehabilitacja upośledzonych umysłowo*, PWN, Warszawa 1981.

---

<sup>45</sup> Zob. S. Kowalik, *Rehabilitacja upośledzonych umysłowo*, PWN, Warszawa 1981, s. 49–53.

- McWhirter J.J. et al., *Zagrożona młodzież: ujęcie kompleksowe dla nauczycieli, pracowników poradni, psychologów, pracowników socjalnych*, tłum. H. Grzegółowska-Klarkowska, A. Basaj, PARPA, Warszawa 2005.
- Mikrut A., *Agresja młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną: uwarunkowania i przejawy*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2005.
- Mikrut A., Olszewski S., *Zachowania agresywne a lęk u osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim* [w:] *Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*, B. Urban (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Namysłowska I., *Adolescencja – wiek dorastania* [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), PZWL, Warszawa 2004.
- Obuchowska I., *Adolescencja* [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), PWN, Warszawa 2006.
- Obuchowska I., *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, WSiP, Warszawa 1996.
- Olszewski S., *Postrzeganie własnej przestrzeni życiowej przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście zachowań agresywnych*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2005.
- Orwid M., *Rozwój i specyfika psychiatrii dzieci i młodzieży* [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, I. Namysłowska (red.), PZWL, Warszawa 2004.
- Ostaszewski K., *Podstawy profilaktyki zachowań problemowych młodzieży* [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, M. Deptuła (red.), Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005.
- Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Scholar, Warszawa 2003.
- Plomin R. et al., *Genetyka zachowania*, tłum. E. Czerniawska, K. Duniec, PWN, Warszawa 2001.
- Pospiszyl K., *Właściwości agresywnego zachowania się u dzieci debilnych*, „Szkoła Specjalna” 1970, nr 2.
- Schier K., *Rola symbolu w terapii psychoanalitycznej pacjentów w okresie dorastania*, „Nowiny Psychologiczne” 1993, nr 3.
- Smykowska D., *Współpraca szkoły z rodziną w zaspokajaniu potrzeb rozwojowych dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym – działania stosowane i postulowane*, Impuls, Kraków 2008.
- Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, CMPPP, Warszawa 2002.
- Witkowski T., *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*, Małe Dzieło Boskiej Opatrzności, Warszawa 1993.
- Wojciechowski F., *Niepełnosprawność, Rodzina, Dorastanie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawa 2007.
- Wojciechowski F., *Nieprzystosowanie społeczne u młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie* [w:] *Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka*, B. Urban (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Wojcieszek K.A., *Na początku była rozpacz... Antropologiczne podstawy profilaktyki*, Rubikon, Kraków 2005.
- Wyczasany J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia*, Impuls, Kraków 2002.